Plan stomatološke terapije

Ordinacija / stomatolog _____

Datum _____

Pacijent _____

Datum rođenja _____

Telefon _____

#	Zub	Dijagnoza	Zahvat	Procenj. cena	Status
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Procenjeni ukupan iznos _____

Plaćeno do sada _____

Preostalo _____

Napomene i razmotrene alternative

_____

_____

Potpis pacijenta _____

Potpis stomatologa _____